Deutscher Bundestag **Drucksache 18/6949**

18. Wahlperiode 07.12.2015

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), Sigrid Hupach, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/6755 –

Zur Stigmatisierung HIV-positiver Menschen in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland ist weiterhin auf einem im europäischen Vergleich niedrigen Niveau (www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/45_15.pdf?__blob=publicationFile). Die HIV-Infektion ist zu einer gut behandelbaren Infektion geworden: Aids muss nicht ausbrechen, wenn die Menschen rechtzeitig von ihrer Infektion erfahren und die notwendigen Arzneimittel regelmäßig einnehmen. Mittelweile weiß man, dass HIV-positive Menschen unter gut eingestellter Therapie das Virus mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht übertragen können. Die Verlautbarung der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) (www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2008/2008-05/2008-05-089.pdf) ist mittlerweile durch weitere Studien bestätigt. Doch weiterhin bestimmen Ängste und Befürchtungen das Bild von HIV/Aids. Viele HIV-positive Menschen berichten von Diskriminierungen am Arbeitsplatz, bei Ärzten und Zahnärzten oder im Freundes- und Familienkreis aber auch innerhalb der Community.

Aus Angst vor Diskriminierung machen auch manche Menschen, die einer sogenannten Risikogruppe zugerechnet werden, nicht regelmäßig einen HIV-Test. Das hat verheerende Folgen. Denn wenn Menschen zu spät von der HIV-Infektion erfahren (sog. Late-Presenter), kann es sein, dass die therapeutischen Optionen zu spät greifen und sie deshalb in ihrer Lebensqualität und -dauer u. U. extrem eingeschränkt sind. Die so entstehenden Todesfälle und Virusübertragungen wären aber vermeidbar. Eine gute Präventionspolitik ist deshalb ein Anliegen von gesamtgesellschaftlichem Interesse.

Auch HIV-positive Menschen in Haft werden oft offen diskriminiert. Viele berichten, dass sie direkt oder indirekt durch die Anstaltsleitung bzw. die Art des Umgangs mit ihnen geoutet werden. So werden ihnen teils immer noch Tätigkeiten verwehrt, obwohl dies mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht notwendig ist, um eine Übertragung des Virus zu vermeiden (www.bayerische-staatszeitung.de/staatszeitung/politik/detailansicht-politik/artikel/hiv-positive-haeftlinge-duerfen-jetzt-ueberall-arbeiten.html).

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 3. Dezember 2015 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Mit dem Zuzug von Menschen aus anderen Kulturkreisen entstehen Chancen, aber auch neue gesellschaftliche Aufgaben, gerade auch für die HIV-Prävention und die Betreuung von HIV-positiven Menschen. Denn es kommen ebenfalls Menschen mit einer im Herkunftsland erworbenen HIV-Infektion nach Deutschland. Darunter sind auch bisexuelle und homosexuelle Männer und Frauen sowie Transsexuelle, die aufgrund der massiven Verfolgungssituation (in 10 Staaten der Erde wird Homosexualität mit dem Tode bestraft; vgl. de.europenews.dk/In-10-Laendern-gibt-es-die-Todesstrafe-fuer-Homosexualitaet-79373.html) fliehen mussten. In manchen Bundesländern, wie z B. Bayern, werden registrierte Flüchtlinge zwangsweise auf HIV getestet. Diese Praxis ist nicht nur verfassungsrechtlich hochbedenklich, sondern auch präventionspolitisch wenig sinnvoll. Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. rät daher von Zwangstests dringend ab (vgl. www.sueddeutsche.de/muenchen/fluechtlinge-in-bayern-asylbewerber-muessen-zum-hiv-und-hepatitis-b-test-1.2088672).

Ein weiteres Beispiel für die Diskriminierung HIV-positiver Menschen besteht darin, dass die Polizeibehörden der Länder Datenbanken angelegt haben, bei denen HIV-Positive und (ehemalige) hepatitisinfizierte Menschen auf stigmatisierende Weise mit dem Merkmal „ANST“ – für „Ansteckend“ – belegt werden. In Bayern wurden gar 14 000 Menschen mit diesem Merkmal gespeichert (www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/deutsche-aids-hilfe-bayerische-politik-schadet-der-hiv-praevention). Dies wird mit der Sicherheit der Beamten begründet. Da eine gut therapierte HIV-Infektion selbst bei einem direkten Blut-zu-Blut Kontakt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Virus-Übertragung führt sowie Hepatitisinfektionen gut behandelbar sind und die meisten ehemaligen Patienten als geheilt gelten, werden Menschen mit dem Merkmal „ANST“ belegt, die ein Virus mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht weitergeben können (aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/kennzeichnung-hiv-positiver-polizeidatenbanken-beenden). In einer Dokumentation des WDR-Fernsehens über Polizeiübergriffe in Deutschland wird berichtet, dass die im Anschluss an einen überharten Polizeiübergriff verurteilten Beamten sich damit rechtfertigten, dass sie sich vor Gefahren schützen wollten, da in der Datenbank das Merkmal „ANST“ gespeichert war (s. „Polizei, Gewalt und Videos: Wenn Einsätze aus dem Ruder laufen“ www1.wdr.de/fernsehen/dokumentation_reportage/die-story/sendungen/polizei-gewalt-und-videos102.html, ab Minute 3:20).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die HIV/AIDS-Präventionsstrategie der Bundesregierung beruht auf dem Abbau von Stigmatisierungen und Diskriminierungen gegenüber HIV positiven Menschen. Die Kampagne zum Welt-AIDS-Tag ist seit einigen Jahren explizit darauf ausgerichtet, vorhandene Ängste und Unsicherheiten im täglichen Umgang mit HIV positiven Menschen zu reduzieren. In die Kampagne, die gemeinsam mit der Deutschen AIDS-Hilfe und der Deutschen AIDS-Stiftung vorbereitet und umgesetzt wird, werden verschiedene, jährlich wechselnde Kooperationspartner eingebunden. Auf diese Weise konnte beispielsweise durch die Deutsche AIDS-Hilfe eine nachhaltige Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit sowie der Bundeszahnärztekammer aufgebaut werden. Die Bundesregierung wird ihr Engagement gemeinsam mit den weiteren Akteuren fortsetzen.

1. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, dass HIV-positive Menschen unter gut eingestellter Therapie das Virus mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht übertragen können?

   Welche Studien sind der Bundesregierung dazu bekannt?

2. Inwiefern gewährleistet die Bundesregierung, dass die Bevölkerung ausreichend über die nicht bestehenden Gefahren einer HIV-Übertragung durch therapierte HIV-positive Menschen informiert ist?

Die Fragen 1 und 2 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In Deutschland befinden sich über 80 Prozent aller Menschen, bei denen HIV diagnostiziert wurde, in medizinischer Behandlung. Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI) gehen davon aus, dass bei etwa 90 Prozent der Menschen, die in regelmäßiger Behandlung sind, das Übertragungsrisiko mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Der größte Unsicherheitsfaktor bezüglich der Wirksamkeit einer Therapie zur Verhinderung einer HIV-Übertragung ist die „Therapietreue“ des Behandelten, d. h. ob dieser die Medikamente tatsächlich regelmäßig einnimmt und der Therapieerfolg kontrolliert wird. Wenn über mehrere Tage keine Medikamenteneinnahme erfolgt, muss mit einer rasch steigenden Viruslast im Blut gerechnet werden, wodurch sich die Infektiosität erhöht und die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung zunimmt.

In einer bevölkerungsbasierten Studie in Uganda mit 15 127 Teilnehmern, war das Risiko der HIV-Übertragung stark von der Viruslast im Blut abhängig. In einer Studie zur Übertragung der HIV-Infektion von Männern auf Frauen bei 493 heterosexuellen Paaren in Thailand erhöhte sich ebenfalls das Übertragungsrisiko mit der HIV-Viruslast. Bei einer Viruslast unter 1 000 Kopien pro ml wurden keine HIV-Übertragungen festgestellt. In einer serodiskordanten Kohorte innerhalb der „Partners in Prevention“-Studie war die HIV-Therapie mit einer Reduktion des HIV-Übertragungsrisikos von 92 Prozent assoziiert. Im Rahmen einer Metaanalyse wurden 5 021 heterosexuelle Paare untersucht und auch hier wurde eine Reduktion des HIV-Übertragungsrisikos unter gut eingestellter Therapie um 92 Prozent festgestellt. In einer weiteren Studie kam es bei 199 serodiskordanten Paaren zu keiner HIV-Infektion, wenn die HIV-positiven Partner behandelt wurden, obwohl insgesamt 7 600 ungeschützte sexuelle Kontakte und 85 Schwangerschaften berichtet wurden. In der HPTN 052-Studie mit 1 763 HIV-diskordanten Paaren konnte gezeigt werden, dass durch die HIV-Therapie die Viruslast bei 93 Prozent der HIV-positiven Partner langfristig reduziert wurde. In einer Studie aus China wurden innerhalb von fünf Jahren fünf HIV-Übertragungen bei 753 serodiskordanten Paaren beobachtet, bei denen der HIV-positiven Partner therapiert wurde. Bei Paaren, bei denen die Viruslast des HIV-positiven Partners unter 1 000 Kopien pro ml lag, wurde keine Übertragung festgestellt. Für eine vier-jährige Kohortenstudie, die das Übertragungsrisiko innerhalb gleichgeschlechtlicher serodiskordanter Partnerschaften von Männern untersucht, liegt ein Zwischenbericht vor. Bisher wurden 234 serodiskordante homosexuelle Paare eingeschlossen. Unter den Paaren, bei denen ein Partner eine Viruslast unter 200 Kopien pro ml hatte, wurden mehr als 5 600 sexuelle Kontakte registriert, ohne dass es zu einer einzigen HIV-Übertragung kam.

Alle vorliegenden Studien zeigen, dass die Infektiosität unter wirksamer antiretroviraler Behandlung drastisch reduziert wird.

Hierüber informieren die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das RKI und die Deutsche AIDS-Hilfe in ihren Kampagnen, Materialien

und Onlineangeboten. Aktuell wird beispielsweise die Thematik in einem Interview mit einem serodiskordanten Paar auf der Website www.welt-aids-tag.de/aktuell/alle-beitraege/details/ich-muss-dir-noch-was-sagen-247/ angesprochen.

3. Welche Maßnahmen trifft die Bundesregierung, um einer Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen entgegenzuwirken?

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie die Behörden seines Geschäftsbereiches setzen sich in der Öffentlichkeit für einen offenen Umgang und den Abbau von Stigmatisierungen und Diskriminierungen ein. Vor und zum Welt-AIDS-Tag wird jährlich eine Kampagne mit Nichtregierungsorganisationen gemeinsam vorbereitet und umgesetzt. Die Deutsche AIDS-Hilfe erhält jährlich aus dem Bundeshaushalt eine Zuwendung von etwa fünf Mio. Euro. Mit diesen Mitteln wird unter anderem eine Koordinierungsstelle gefördert, die Diskriminierungsfälle sammelt, aufbereitet und gegebenenfalls Maßnahmen zur Veränderung ergreift.

4. Welche Maßnahmen trifft die Bundesregierung, um die Testbereitschaft zu erhöhen, und welche Bedeutung übt darin die sogenannte strukturelle Prävention aus?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die Testbereitschaft insbesondere in denjenigen Gruppen erhöht und gefördert werden sollte, die erhöhte HIV-Infektionsrisiken haben. Für die zielgruppenspezifische Präventionsarbeit wird die Deutschen AIDS-Hilfe jährlich mit etwa 5 Mio. Euro aus dem Bundeshaushalt gefördert. Die Deutsche AIDS-Hilfe führt jährlich rund 300 Einzelmaßnahmen durch. Eine Vielzahl dieser Maßnahmen dient unmittelbar oder mittelbar der Erhöhung der Testbereitschaft. Schwerpunkt ist aktuell die Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“, die sich an die Zielgruppe der Männer, die Sex mit Männern haben richtet. Die Maßnahmen der Deutschen AIDS-Hilfe basieren auf dem Konzept der strukturellen Prävention.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen. Die Maßnahmen zum Abbau von Stigmatisierungen von Menschen, die mit einer HIV Infektion leben, dienen auch der Erhöhung der Testbereitschaft.

5. Inwiefern sieht sich die Bundesregierung in der Pflicht, selbst eine Vorbildfunktion auszuüben und deshalb in den Behörden des Bundes auf eine verstärkte Integration von HIV-positiven Menschen hinzuwirken, so dass diese auch im Falle einer womöglich verminderten Arbeitsfähigkeit weiterhin ihren Beruf ausüben können?

Auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 9 der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. vom 20. Februar 2015 (Bundestagsdrucksache 18/4070) wird verwiesen.

6. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Maßnahmen von Gefängnisleitungen, die direkt oder indirekt zum Outen HIV-positiver Häftlinge führen, und was unternimmt die Bundesregierung, solche Vorkommnisse zu unterbinden?

7. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, dass HIV-positive Gefangene von Arbeits- oder Freizeitaktivitäten ausgeschlossen werden, nur weil sie HIV-positiv sind, und in welcher Weise trägt die Bundesregierung

dazu bei, diese mögliche Diskriminierung zu unterbinden, und inwiefern ist die Versorgung von HIV-positiven Menschen in Haft gewährleistet?

Die Fragen 6 und 7 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat hierzu keine Erkenntnisse. Die Durchführung des Strafvollzuges und die Gesetzgebung hierzu sind nach der verfassungsmäßigen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland ausschließlich eine Angelegenheit der Länder. Auch obliegt dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz nicht die Dienstaufsicht über die Strafvollzugsbehörden; vielmehr wird diese von der jeweiligen obersten Justizbehörde des zuständigen Landes ausgeübt.

8. Gibt es aus Sicht der Bundesregierung Arbeits- oder Freizeitaktivitäten, von denen man HIV-positive Gefangene ausschließen müsste?

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen. Sofern das HIV-Übertragungsrisiko bei der mit dem HI-Virus infizierten Person aufgrund einer therapeutischen Behandlung erfolgreich gesenkt wurde und deren Behandlung regelmäßig kontrolliert wird, sind keine Tätigkeiten erkennbar, die HIV-positive Gefangene nicht ausführen könnten.

9. Gibt es Bemühungen der Bundesregierung zusammen mit den Justizministerien der Länder, sicherzustellen, dass durch die anonyme Abgabe von Spritzen für den intravenösen Drogenkonsum, in Form von Spritzenautomaten, in allen Haftanstalten sichergestellt ist, so dass die in Haftanstalten erworbenen HIV- und Hepatitis-Infektionen seltener werden?

Für Fragen der gesundheitlichen Versorgung in Justizvollzugsanstalten sind die Länder zuständig.

10. Welche Notwendigkeit besteht aus Sicht der Bundesregierung, eine Zwangstestung von Flüchtlingen auf HIV vorzunehmen?

Entsprechend der internationalen Empfehlungen sollte auch geflüchteten Menschen ein HIV-Testangebot nach den üblichen Standards angeboten werden. Dies schließt eine Risikoanamnese, eine Beratung und erforderlichenfalls eine anschließende Behandlung mit ein. Gemäß § 62 Asylgesetz wird bei Ausländern, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft wohnen, der Umfang der notwendigen Untersuchungen auf übertragbare Krankheiten durch die oberste Landesbehörde bestimmt.

11. Inwiefern wird im Falle eines positiven Testergebnisses sichergestellt, dass die Flüchtlinge eine gute Versorgung und Betreuung erhalten?

12. Welche Maßnahmen und Kooperationen mit der Selbsthilfe und regionalen Aidshilfen existieren, um die HIV-Prävention und die Betreuung von HIV-positiven Flüchtlingen in Flüchtlingsunterkünften zu gewährleisten?

Die Fragen 11 und 12 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Betreuung und Versorgung der geflüchteten Menschen sowie die Finanzierung der regionalen AIDS-Hilfestrukturen liegt in der Zuständigkeit der Länder und Kommunen.

13. Welche Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung von HIV-positiven und/oder Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transsexuellen, Transgender und Intersexuellen (LSBTTI) in Flüchtlingsunterkünften sind der Bundesregierung bekannt bzw. sollen getroffen werden?

14. An wen können sich HIV-Positive und/oder auch LSBTTI in Flüchtlingsheimen im Falle einer vermeintlichen oder tatsächlichen Diskriminierung wenden?

15. Welche Angebote zum Schutz vor Übergriffen wurden bislang getroffen?

Die Fragen 13 bis 15 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 25. Februar 2015 (Bundestagsdrucksache 18/4094) verwiesen. Wie die Bundesregierung bereits dort ausgeführt hat, lehnt sie Gewalt und Diskriminierung von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen in jedwedem Kontext ab. Dies gilt selbstverständlich auch für geflüchtete Menschen. Geflüchtete Menschen, die aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität verfolgt werden, zählen zu den vulnerablen Bevölkerungsgruppen, deren Schutz zentraler Bestandteil der humanitären Hilfe der Bundesregierung ist.

Maßnahmen, die in den für die Versorgung von geflüchteten Menschen zuständigen Bundesländern getroffen werden, sind der Bundesregierung nur zum Teil in bekannt. Grundsätzlich gilt, dass in den Erstaufnahmeeinrichtungen auch für geflüchtete Menschen, die HIV-positiv und/oder lesbisch, schwul, bisexuell, trans- oder intergeschlechtlich sind, Zugang zu regionalen AIDS-Hilfen sowie ggf. deren Landesverbänden, öffentlichen Gesundheitsdiensten sowie zur Sozialarbeit und Sozialberatung zumeist nicht staatlicher Träger besteht. Beratung und Hilfe bei Fragen im Zusammenhang mit Diskriminierung und Ausgrenzung wird insbesondere auch durch in diesem Bereich tätige Träger der Freien Wohlfahrtspflege geleistet. Sofern entsprechende Angebote von Selbsthilfegruppen oder Vereinen des LSBTI-Spektrums zur Verfügung stehen, werden betroffene Personen gegebenenfalls dorthin weitervermittelt. In mehreren Ländern werden gezielt Fort- und Weiterbildungsangebote für Bedienstete von Flüchtlingsunterkünften durchgeführt.

Daneben können exemplarisch die nachfolgenden Maßnahmen benannt werden:

In Baden-Württemberg wurde für die Flüchtlingsaufnahme das Amt einer Ombudsperson eingerichtet. Der Berliner Senat hat im August 2015 ein Konzept zur Versorgung und Integration von geflüchteten Menschen verabschiedet, das lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen, die in Berlin um Asyl nachsuchen, zumindest im erweiterten Sinne als besonders schutzbedürftige Personengruppen ansieht. Um deren Schutzbedürftigkeit und Bedürfnissen bei der Unterbringung gerecht zu werden und um sie vor möglichen Übergriffen und Anfeindungen durch andere Bewohnerinnen und Bewohner zu schützen, sind im Rahmen des Raumprogramms für den Bau von Gemeinschaftsunterkünften besondere Maßnahmen vorgesehen. Seitens der Landeskoordinierungsstelle für LesBiSchwule&Trans*Belange im Land Brandenburg (LKS) in Trägerschaft des AndersARTIG e.V. werden Informationsmaterialien zur Thematik LSBTI in Gemeinschaftsunterkünften für geflüchtete Menschen verteilt sowie Sensibilisierungsveranstaltungen für Einrichtungsleitungen und Wachschutzpersonal durchgeführt. In Hamburg werden mehrere kleine Einrichtungen für besonders schutzbedürftige Personen betrieben, in die betroffene Personen im Falle von Übergriffen oder Gewalt verlegt werden können. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es

neben dem Landesverband der Schwulen und Lesben in Mecklenburg-Vorpommern „Gaymeinsam“ e.V. fünf Anlaufstellen, die Beratung für lesbische, schwule, bisexuelle, inter- und transgeschlechtliche Menschen anbieten. Das Land Nordrhein-Westfalen fördert im Rahmen des Förderprogrammes „Integrationsagenturen“ fünf spezielle Servicestellen für Antidiskriminierungsarbeit im Bereich Migration sowie eine Integrationsagentur mit dem Schwerpunkt LSBTI. Zum Schutz vor Übergriffen in den Erstaufnahme- und Unterbringungseinrichtungen des Landes haben betroffene Personen die Möglichkeit, gegebenenfalls in eine andere Landeseinrichtung verlegt zu werden bzw. erhalten eine Unterkunft in einem gesonderten Bereich der Landeseinrichtung. Das Land Rheinland-Pfalz fördert das Projekt „Unterstützung von queeren Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz“. Für LSBTTI-Flüchtlinge besteht die Möglichkeit der Unterbringung in Einrichtungen für besonders vulnerable Gruppen.

16. Inwiefern kann die Bundesregierung verbindlich ausschließen, dass mit dem geplanten Flüchtlingsausweis auch Gesundheitsdaten der geflüchteten Menschen (zum Beispiel auch hinsichtlich einer HIV-Infektion) dazu nicht befugten Personen zugänglich gemacht werden?

Die Frage zielt wahrscheinlich auf den im Rahmen des Datenaustauschverbesserungsgesetzes geplanten Ankunftsnachweis nach § 63a Asylgesetz. Dieser soll keine Gesundheitsdaten enthalten.

17. Inwiefern stellen nach Erkenntnis der Bundesregierung auch gut eingestellte HIV-Infizierte (die somit aller Wahrscheinlichkeit nach kein Virus übertragen können) und ehemalige Hepatitiserkrankte für Dritte ein Infektionsrisiko dar?

Ob im Einzelfall ein HIV-Übertragungsrisiko vorliegt, kann nur aufgrund einer kontinuierlichen ärztlichen Kontrolle beurteilt und überprüft werden, da sich die Infektiosität im Verlauf der lebenslang notwendigen Behandlung verändern kann. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen. Bei einer Hepatitis B- oder Hepatitis C-Infektion kann das Übertragungsrisiko generell ausgeschlossen werden, wenn durch eine ärztliche Untersuchung festgestellt wurde, dass die Person geheilt ist und keine Viren mehr nachweisbar sind.

18. Wie kann nach Kenntnis der Bundesregierung durch die Kennzeichnung „ANST“ für behandelte HIV-Infizierte (die somit nach aller Wahrscheinlichkeit kein Virus übertragen können) und ausgeheilte ehemalige Hepatitiserkrankte dazu beigetragen werden, die Sicherheit für Polizeibeamte zu gewährleisten?

19. Inwiefern ist die Speicherung zehntausender Menschen mit einen Merkmal, das keinerlei Aufschluss über eine tatsächliche Gefahr für Dritte gibt, mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung vereinbar?

Die Fragen 18 und 19 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine Vergabe des Personengebundenen Hinweises (PHW) „Ansteckungsgefahr“ (ANST) erfolgt in der Regel nur dann, wenn eine entsprechende Einschätzung von einem Arzt oder einer öffentlichen Stelle auf der Grundlage eines ärztlichen Attestes oder einer entsprechenden ärztlichen Unterlage oder dem Betroffenen selbst vorliegt. Wie in den Antworten zu den Fragen 1 und 17 ausgeführt, kann ein Infektionsrisiko nicht verbindlich ausgeschlossen werden, da zuvor ärztlich bestätigt werden müsste, dass die Person zum aktuellen Zeitpunkt das HI-Virus

nicht übertragen kann und/oder eine Hepatitis-Infektion ausgeheilt ist. Das Merkmal ANST kann somit Hinweise auf eine mögliche Gefährdung geben.

20. Welche Fälle einer Übertragung von HIV oder Hepatitis an Polizeibeamte im Rahmen eines Polizeieinsatzes sind der Bundesregierung bekannt?

Im Bundeskriminalamt (BKA) kam es bisher zu keiner HIV-/Hepatitis-Infektion im Rahmen eines Einsatzes. Es gab allerdings einzelne Verdachtsfälle, bei denen sodann entsprechende postexpositionelle Maßnahmen/Untersuchungen durchgeführt wurden. Bei der Bundespolizei sind ebenfalls keine Übertragungsfälle von Hepatitis B oder C oder HIV im Rahmen von Polizeieinsätzen bekannt.

21. Welche Behörden des Bundes oder der Länder überprüfen die Datensätze in welchen Zeiträumen auf eine mögliche oder im Sinne des Datenschutzgesetzes des Bundes und der Länder notwendige Löschung der Daten?

Erheben, verarbeiten und nutzen öffentliche Stellen des Bundes personenbezogene Daten, so kontrolliert die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit bei diesen Stellen die Einhaltung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und anderer Vorschriften über den Datenschutz. Hierzu gehört auch die Prüfung der Notwendigkeit von Datenlöschungen und deren Umsetzung. Die Kontrolle unterliegt keinen bestimmten zeitlichen Vorgaben. Im Rahmen ihrer Unabhängigkeit bestimmt die Bundesbeauftragte im Rahmen ihres Ermessens selbst, welche Stelle zu welchem Zeitpunkt und in welcher Weise kontrolliert wird.

Die datenschutzrechtliche Kontrolle der öffentlichen Stellen der Länder obliegt dem jeweiligen Landesdatenschutzbeauftragten, die der nicht-öffentlichen Stellen den durch die Länder bestimmten Datenschutzaufsichtsbehörden.

22. Inwiefern stellt die Bundesregierung sicher, dass die Speicherung des Merkmals „ANST“ nicht eine Gefahr für die gespeicherten Personen im Rahmen eines Polizeieinsatzes darstellt?

Eine Gefährdung durch die Speicherung des Merkmals „ANST“ für die Person, deren Daten gespeichert werden, ist nicht erkennbar.

23. Welche Maßnahmen, z.B. in Form von Schulungen von Polizeibeamten, hat nach Kenntnis der Bundesregierung die Polizei des Bundes und der Länder getroffen, um über mögliche und tatsächliche Risiken von HIV- und/oder Hepatitis-Infektionen zu informieren?

Das BKA beachtet den „Leitfaden 371 Eigensicherung“ (Verschlusssache – Nur für den Dienstgebrauch). Er regelt u. a. den Umgang mit Personen, die Träger von Infektionskrankheiten sind.

Darüber hinaus ist auf die Generalklausel des § 5 Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) zurückzugreifen. Nach der in § 5 ArbSchG festgelegten Gefährdungsanalyse des Arbeitgebers sind Gefährdungen sowohl im Vorfeld als auch in der aktuellen Situation zu ermitteln und allgemeine bis hin zu individuellen Schutzmaßnahmen festzulegen.

Im Rahmen des Einsatztrainings wird generell auf die Gefahr der Ansteckung mit Krankheiten, insbesondere bei Körperkontakt im Rahmen von Eingriffs- und Zugriffstechniken hingewiesen.

In der Bundespolizei steht den Mitarbeitern eine Vielzahl von Informationsmöglichkeiten zum Thema Infektionskrankheiten zur Verfügung. Im Informationsportal der Bundespolizei (Intranet) sind Merkblätter zu den wichtigsten relevanten Infektionskrankheiten sowie zum generellen Verhalten bei Verdacht übertragbarer Krankheiten eingestellt. Zudem werden Schulungen zum Thema angeboten. Ferner bietet der Ärztliche Dienst der Bundespolizei ein umfangreiches Impfprogramm im Rahmen der Primärprävention an. Hier werden auch Impfungen gegen Hepatitis A und B angeboten.



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333